

Allegato A – Relazione Tecnica

Si dà atto preliminarmente che l'adozione della presente programmazione ha come orizzonte temporale l'esercizio 2026 ed, in via provvisoria anche per il successivo esercizio 2027.

Essa è stata effettuata anche valutando, come di consueto, le proposte trasmesse dalle Associazione di Categoria dell'ospitalità privata.

Il percorso istruttorio si è caratterizzato per un metodo improntato al massimo confronto partecipativo, concretizzatosi in una fitta serie di incontri formali ed informali interlocuzioni con tutte le associazioni di categoria rappresentative del comparto della ospedalità privata accreditata, svoltisi in particolare nel periodo compreso tra i mesi di maggio e settembre.

Tali momenti di confronto congiunto hanno consentito di esaminare i dati di produzione, le istanze di fabbisogno assistenziale nonché i vincoli di bilancio derivanti dal quadro finanziario e normativo regionale, anche alla luce anche della recente uscita della Regione Campania dal Piano di Rientro.

Resta inteso che, per il successivo esercizio 2027, i relativi importi e componenti dovranno essere rapportati all'annualità intera, e in particolare:

- il tetto relativo al codice 75 viene rapportato all'annualità intera;
- l'incremento tariffario per i codici 56 e 60 viene rapportato all'annualità intera, subordinatamente all'apposito veicolo normativo;
- la funzione rinnovo lavoro viene meno per l'intera annualità 2027.

Ai sensi dell'art. 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, dell'art. 1, commi 277 e 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e dell'art. 1, comma 400, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, il limite di spesa di cui all'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 è pari, per l'esercizio 2026, al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementato di 6,5 punti percentuali (4 punti ai sensi del citato comma 233, 1 punto ai sensi del comma 277, 0,5 punti ai sensi del comma 279 e 1 punto ai sensi del comma 400), a fronte dei 3,5 punti percentuali previsti per l'esercizio 2025.

Si precisa altresì che i punti percentuali fissati dalle predette disposizioni sono riferiti, per ciascun esercizio, alla medesima base della spesa consuntivata nel 2011 e non si cumulano con quelli previsti per gli esercizi precedenti e che, pertanto, le proposte che presuppongono un incremento del limite pari al 6,5% rispetto all'esercizio 2025 non possono essere accolte.

Si precisa altresì che, così come stabilito dalle norme citate in precedenza (art. 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1, commi 277 e 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e art. 1, comma 400, della legge 30 dicembre 2025, n. 199), il calcolo opera con logica composta: le percentuali indicate nei commi si applicano sequenzialmente sul montante via via rivalutato (moltiplicazione dei coefficienti), e non come somma aritmetica delle aliquote sulla base originaria.

La normativa vigente consente alcune limitate deroghe ai limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, a condizione che sia mantenuto l'equilibrio economico - finanziario del Servizio Sanitario Regionale.

La deroga di maggiore rilievo, ampiamente utilizzata dalla Regione Campania nell'ultimo decennio (fu introdotta a partire dal 2016 con la Finanziaria per il 2015) ed è quella che riguarda i ricoveri ospedalieri qualificati di alta specialità negli accordi tra le Regioni per la compensazione della mobilità sanitaria.

La deroga è stata avviata nel 2016 con il DCA n. 89/2016 in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 - Legge di Stabilità 2016 che recita testualmente:

"574. All'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: «A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» sono sostituite dalle seguenti: «Ai contratti e agli accordi» e le parole: «percentuale fissa,» sono soppresse;

b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: «A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;

possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extraregionali presi in carico dagli IRCCS. Ne danno altresì comunicazione alle regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere, alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Le regioni pubblicano per ciascun IRCCS su base trimestrale il valore delle prestazioni rese ai pazienti extraregionali di ciascuna regione"

Allegato A – Relazione Tecnica

Inizialmente l'importo fissato era pari ad € 30.000.000 e, tale cifra, è stata incrementata di anno in anno, raggiungendo per il 2025 l'importo di € 85.000.000, grazie al parallelo cospicuo incremento dei ricoveri di alta specialità erogati dalle strutture ospedaliere private: da € 164 milioni nel 2015 ad € 261 milioni nel 2024, con un incremento di € 97 milioni. I dati consuntivi 2025 hanno evidenziato un ulteriore progresso: i ricoveri di alta specialità sono aumentati di altri circa € 8 milioni, portando l'incremento sul 2015 a circa € 105 milioni. Questo dato consente di incrementare di altri € 10 milioni la deroga di cui si avvale la Regione Campania per il 2026, portandola ad € 95.000.000 e, quindi, comunque al di sotto dell'incremento di € 105 milioni accertato nel consuntivo 2025.

Dai dati consuntivi 2025 risulta, inoltre, una residua economia di € 3.000.000 sui tetti di spesa 2020, già riportata a nuovo nel 2025, e che, in base all'art. 2-bis del decreto legge 19 ottobre 2024, n. 155, convertito, con modifiche, dalla legge 9 dicembre 2024, n. 189, come modificato dall'art. 1, comma 937, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, è utilizzabile fino al 31 dicembre 2026.

In base alla normativa vigente (da ultimo: l'art. 1, c. 400 della Legge 30 dicembre 2025, n. 199), è quindi possibile approvare il seguente quadro finanziario per l'esercizio corrente:

Quadro limiti DL 95/2012 e s.m.i.	Spesa 2011	2025 (assegnazione definitiva)	2026 (provv.rio)	variaz 2026 vs. 2025 (provv.ria)
BASE LIMITE SPENDING = CONSUNTIVO 2011		1.362.669.409	1.362.669.409	
Riattivazione PL case di cura insolventi		14.417.870	14.417.870	
Incentivo Alta Specialità case di cura private		75.000.000	85.000.000	10.000.000
Inc.vo Alta Specialità OO.RR. e IRCCS extra regione		10.000.000	10.000.000	
Incremento limite su cons. 2011 (1%, 3,5%, 6,5%)		47.897.829	90.220.324	42.322.495
LIMITE di SPESA MASSIMA consentita		1.509.985.109	1.562.307.603	52.322.495
INTEGRAZIONI per "LISTE di ATTESA":				
FSR indistinto finalizzato		0	0	0
Economie sui tetti di spesa 2020 riportate a nuovo		3.000.000	3.000.000	0
Economie fondi COVID rifinalizzabili		20.050.361	0	-20.050.361
TOTALE integrazioni PORLA (*)		23.050.361	3.000.000	-20.050.361
TOTALE limiti DL 95/2012 e s.m.i.		1.533.035.470	1.565.307.603	32.272.134

LIMITI MASSIMI di Spesa, comprensivi delle deroghe, delle integrazioni e degli acc.ti vincolati				
Ospedali Classificati e ICS Maugeri	170.098.679	178.368.200	178.368.200	0
Case di cura private	650.607.440	756.112.145	777.125.858	21.013.716
Specialistica Amb.le (compresi accantonamenti)	541.963.290	597.463.590	In istruttoria	n.d.
Aacc.ti per Fondo Oneri entro Spending		1.091.535	In istruttoria	n.d.
TOTALE LIMITI di SPESA	1.362.669.409	1.533.035.470	1.565.307.603	32.272.134

(*) in base alla legge 30 dicembre 2025, n. 199, Art. 1, comma 937 e al consuntivo 2025 degli Ospedali Classificati e IRCCS Maugeri

Il quadro finanziario appena esposto è, tuttavia, da considerarsi ancora provvisorio.

Infatti, il Decreto del Ministero della Salute del 12 maggio 2026, recante: *“Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 30.06.2026, ha disposto l'aggiornamento delle tariffe giornaliere massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di

riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie, recepite dalla delibera in corso di adozione.

L'aggiornamento tariffario decorre dal 1° luglio 2026 e comporta un incremento di spesa per i ricoveri post acuzie acquistati dalle strutture ospedaliere private, stimabile per il II semestre 2026 in circa € 10 milioni. In particolare, per le case di cura private si è stimato un incremento 2026 di circa € 9.064.000. A questo incremento - calcolato secondo il tariffario regionale per le prestazioni di lungodegenza e post acuzie approvato con apposita deliberazione regionale a decorrere dai ricoveri avviati dal 1° luglio 2026, ed esposto nella col. 20 dell'Allegato n. 2 per ciascuna casa di cura interessata - potrà corrispondere un analogo incremento dei limiti di spesa 2026 consentiti dalla normativa vigente, in ossequio all'impegno assunto dai rappresentanti del Governo nell'Intesa Stato – Regioni Repertorio Atti n. 47/CSR del 2 aprile 2026: *“ad elevare, con il primo veicolo normativo utile, il tetto per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato nella quota pari all'impatto sulla spesa collegata all'incremento tariffario ... le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, preso atto dell'impegno assunto dal Governo, hanno espresso parere favorevole”*.

In attesa della necessaria copertura normativa, e ferma restando la decorrenza delle nuove tariffe post acuzie dal 1° luglio 2026, secondo le disposizioni in corso di separata deliberazione, i limiti di spesa assegnati alle case di cura private in via provvisoria per l'esercizio 2026 sono determinati negli allegati alla presente delibera nei seguenti importi complessivi:

- a) € 769.969.118 già ripartiti e utilizzabili (v. col. 17 dell'Allegato n. 2), comprensivi di € 3.350.000 (v. col. 16 dello stesso allegato) relativi ad una parziale anticipazione (circa un terzo) dell'aumento di € 9.064.000 del tetto di spesa 2026 delle case di cura che erogano prestazioni di ricovero post acuzie, sotto specificato sub c);
- b) € 7.156.739,69 (v. col. 18 dell'Allegato n. 2) da ripartire alle singole case di cura con successive delibere delle ASL, in accordo con le aziende ospedaliere sede di Pronto Soccorso, e Decreti di ratifica del Direttore Generale per la Tutela della Salute, sono riservati alla attuazione dell'art. 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che si riporta integralmente: *“Nelle more della completa realizzazione delle reti territoriali, in coerenza con gli obiettivi della Missione 6 del PNRR e del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e al fine di ridurre il fenomeno dell'attesa di ricovero nei reparti di pronto soccorso, il limite di spesa di cui al comma 277 del presente articolo è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026 al fine di acquisire prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti, dando priorità alle strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso”*.

Tale somma sarà messa a disposizione delle ASL competenti per territorio per quota capitaria. Le risorse aggiuntive devono essere canalizzate esclusivamente verso tre specifiche aree assistenziali che storicamente soffrono i colli di bottiglia e la congestione del Pronto Soccorso:

- Medicina generale (per la gestione dei pazienti acuti e sub-acuti).
- Recupero e riabilitazione funzionale (per sbloccare i letti di alta intensità attraverso la presa in carico riabilitativa).
- Assistenza ai lungodegenti (per alleggerire i reparti ordinari dai pazienti cronici complessi)

dando precedenza alle strutture che risultano "immediatamente disponibili". A parità di immediata disponibilità e di ricettività, si tenga conto anche delle case di cura di minori dimensioni che erogano prestazioni nelle predette discipline.

Il relativo procedimento dovrà concludersi entro e non oltre il 31 ottobre 2026. In caso di inutilizzo di tali somme, le stesse verranno utilizzate a consuntivo nella rideterminazione del tetto liquidabile alle singole case di cura in base ai volumi di produzione realizzati nel corso dell'esercizio 2026.

- c) € 5.714.000 (v. col. 19 dell'Allegato n. 2) quale residuo dell'incremento di € 9.064.000 (v. col. 20 dell'Allegato n. 2) del tetto di spesa 2026 delle case di cura che erogano prestazioni di ricovero post acuzie, subordinati alla modifica normativa sopra richiamata. Tale importo sarà rivisto in aumento o in riduzione con Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute, qualora lo specifico incremento dei limiti di legge risultasse maggiore o minore (tenuto conto anche dell'analogo incremento di spesa per i ricoveri post acuzie erogati dalle strutture ospedaliere private che stipulano accordi diretti con la Regione: IRCCS Maugeri di Telese e Ospedali Religiosi).

L'importo complessivo dei limiti di spesa assegnati alle case di cura private per l'esercizio 2026, compreso l'importo di circa € 6 milioni subordinato alla modifica normativa sopra richiamata, dovrebbe ammontare, quindi, a circa € 783 milioni, con un aumento sul tetto 2025 di circa € 27 milioni.

La determinazione dei limiti di spesa 2026, assegnati alle case di cura private dalla presente delibera, ancorché provvisoria per i motivi sopra esposti, viene effettuata come segue.

Nell'Allegato n. 1, sulla base dei conteggi consuntivi dell'esercizio 2025, comunicati dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute alle ASL con nota prot. n. 580224 del 30 giugno 2026 e successiva rettifica parziale con nota prot. n. 655587 del 27 luglio 2026, viene analizzato il tetto di spesa 2025 separando:

- 1) La componente di "base" che trae origine essenzialmente dalle quote del tetto di spesa determinate nella DGRC n. 405/2024 per ciascuna casa di cura in base al numero e al mix dei posti letto per disciplina ospedaliera e al ricavo medio regionale per posto letto / disciplina ospedaliera;
- 2) La componente derivante da Funzioni, Incentivi, Premialità e Penalità e, quindi, in base alla Performance realizzata da ciascuna casa di cura,

evidenziando che la seconda componente costituisce nel consuntivo 2025 mediamente circa il 21% del tetto di spesa complessivo.

Nell'allegato n. 2, quindi, si è proceduto a determinare il tetto di spesa 2026 a partire dalla componente di "base" del consuntivo 2025, modificandola per attribuire:

- 3) € 2.620.800 alle case di cura post acuzie che stanno attivando i n° 40 nuovi posti letto di riabilitazione neurologica intensiva (cd. codice 75) accreditati nei mesi scorsi, sulla base della nuova tariffa di riferimento approvata dal DM 12 maggio 2026 sopra citato, della fascia tariffaria già vigente (DGRC n. 78/2025), e di una occupazione media di avviamento dei nuovi reparti dell'80% nel secondo semestre 2026;

- 4) € 5.000.000 alle case di cura sede di Pronto Soccorso in proporzione agli accessi 2025 con codici Rosso e Arancione, in conformità all'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che si riporta integralmente: *“Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 277 sono anche destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio”*;
- 5) una riduzione generale del 1%, pari ad € -6.026.923,82, al fine di incrementare dal 21% al 22% la quota del tetto di spesa complessivo 2026 derivante da Funzioni, Incentivi, Premialità e Penalità e, quindi, legata alla Performance che ciascuna casa di cura sta realizzando nell'esercizio corrente,

determinando un tetto “base” 2026 di circa euro 597 milioni.

Continuando a scorrere le colonne (da “7” a “14”) dell'allegato n. 2, si osserva, poi, la composizione della quota del tetto di spesa dipendente dai risultati di ciascuna casa di cura e pari, complessivamente a circa € 170 milioni, composta da:

- € 45.000.000 a titolo di Incentivo per i ricoveri acuti e post acuti di Media e Bassa complessità (esclusi i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza) e per i quali sussiste una mobilità passiva interregionale superiore ad € 300 mila per ogni DRG acuto o MDC post acuto, calcolato per ciascuna casa di cura in base ai dati consuntivi 2025 esposti negli Allegati n. 3 e n. 4; dall'esercizio 2026 in poi anche per questa componente sarà effettuato il ricalcolo a consuntivo e, quindi, l'Incentivo sarà rivisto a consuntivo in base ai risultati dell'attività svolta nel 2026;
- + / - € 2.000.000 ripartiti a ciascuna casa di cura attraverso *“Premialità e Penalità per Obiettivi di Qualità Assistenziale”*, a somma zero, come esposto dettagliatamente nell'Allegato n. 5, elaborato in base agli ultimi dati consuntivi disponibili; anche questa componente viene ricalcolata a consuntivo e, quindi, sarà rideterminata in base ai risultati dell'attività svolta nel 2026;
- € 7.413.100 a titolo di *“Funzione Rinnovo CCNL”*, in riduzione dagli € 8.500.000 del tetto di spesa 2025 a seguito dell'aggiornamento tariffario in vigore dal 1° luglio 2026 per i ricoveri post acuti, che assorbe detta funzione per le case di cura interessate, da ricalcolare a consuntivo come da normativa vigente;
- € 20.000.000 per la *“Funzione di Pronto Soccorso”*, come aggiornata dal 2025 dalla DGRC n. 496/2025, da ricalcolare a consuntivo come da normativa vigente;
- € 2.540.560, di cui € 2.390.560 a titolo di remunerazione massima aggiuntiva per le prestazioni di *“Prima Assistenza”* di cui al DCA 42/2018, ed € 150.000 per l'*“Incentivo IVG”*, da ricalcolare a consuntivo come da normativa vigente;
- € 10.000.000 a titolo di *“Incentivo per l'attuazione della Rete Oncologica della Campania”*, da ricalcolare a consuntivo con i criteri fissati dalla DGRC n. 405/2024;
- € 85.000.000 a titolo di *“Incentivo per i ricoveri di Alta Specialità”* (ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208), riconoscibile a consuntivo con i criteri specificati nel paragrafo 2 dell'allegato B) al DCA n. 48/2018 e s.m.i.

Si noti che per la componente *“Premialità e Penalità per Obiettivi di Qualità Assistenziale”*, esposta dettagliatamente nell’Allegato n. 5, si è lasciata invariata l’impostazione riguardo all’obiettivo di riduzione dei parti cesarei primari, con la ripartizione di + / - € 1.000.000. Mentre l’obiettivo relativo alla tempestività ed al volume minimo degli *“Interventi chirurgici per fratture del femore in pazienti over 65”* è stato ricondotto all’indicatore previsto dal DM 2 aprile 2015, n. 70: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* (cd. Decreto Balduzzi): *“Intervento chirurgico entro 48 ore”* dal ricovero (o dall’accesso al Pronto Soccorso, per le case di cura che ne sono dotate), invece che entro due giorni, per almeno il 60% dei casi; e soglia di volume di almeno 75 interventi annui (al di sotto della quale – in base al citato DM n. 70/2015 – non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza). Inoltre, dal 2026 ai due suddetti obiettivi è stato aggiunto un altro indicatore di qualità assistenziale, già previsto dal DM 2 aprile 2015, n. 70, riguardante la *“Proporzione di interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica con dimissione entro tre giorni”*, con i relativi obiettivi di soglia: almeno il 70%; e di volumi minimi: almeno 100 interventi annui. Si tratta di tre degli otto indicatori relativi all’area ospedaliera rientranti nel sottoinsieme di indicatori di qualità, denominato CORE, del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DM 12 marzo 2019, in grado di cogliere sinteticamente l’erogazione dei LEA sul territorio nazionale. Si evidenzia che gli indicatori CORE costituiscono parte integrante del Sistema di Verifica degli Adempimenti a cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa del finanziamento del SSN, prevista dall’articolo 2, comma 68, della legge n. 191/2009, ai sensi dell’art. 15, comma 24, del D.L. n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), di competenza del Comitato LEA.

Le premialità e penalità di + / - € 1.000.000, in vigore fino al consuntivo 2025 per le gli interventi sulle fratture del femore operate entro due giorni, sono state suddivise in + / - € 500.000 per l’indicatore relativo alle fratture del femore operate entro 48 ore e per quello relativo alla colecistectomia laparoscopica, con i criteri di proporzionalità esposti in calce alla tabella di cui all’Allegato n. 5, che saranno mantenuti nel ricalcolo a consuntivo in base all’attività effettivamente svolta nel corso del 2026.

Riguardo alle strutture ospedaliere private che stipulano gli accordi contrattuali direttamente con la Regione: Ospedali Classificati e IRCCS ICS Maugeri di Telese, il quadro finanziario sopra delineato conferma per il 2026 lo stesso limite complessivo di spesa per l’esercizio 2025 (euro 178.368.200 comprensivo, come per il 2025, di euro tre milioni di integrazione derivante dalle residue economie sui tetti di spesa 2020 riportate a nuovo). Come per gli anni scorsi, la Direzione Generale per la Tutela della Salute è delegata a ripartire il budget 2026 del raggruppamento degli Ospedali Classificati e IRCCS ICS Maugeri, sopra esposto, sulla base del consuntivo 2025 e dell’andamento nel corso dell’esercizio corrente di ciascun ospedale, nonché a definire e stipulare i conseguenti accordi con detti istituti.